

# ASSURANCE COLLECTIVE

## DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE

### FRAGMIN (daltéparine), FRAXIPARINE (nadroparine) (FORTE), INNOHEP (tinzaparine), LOVENOX (enoxaparine) (HP)

Veillez envoyer le présent formulaire à : Co-operators Compagnie d'assurance-vie, Règlements, Maladie complémentaire, 1920 College Avenue, Regina SK S4P 1C4 ou par télécopieur au 306-761-7101

#### SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Groupe \_\_\_\_\_ Compte \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

Participant \_\_\_\_\_  Homme  Femme  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Pour recevoir les résultats de votre demande d'autorisation préalable par courrier électronique, inscrivez votre adresse courriel \_\_\_\_\_

Nous prenons des mesures de protection raisonnables pour protéger toute information recueillie, utilisée, conservée et divulguée dans le cadre de nos affaires; cependant, un courriel est susceptible d'être intercepté par des tiers non autorisés. Nous vous déconseillons de communiquer par courriel des renseignements personnels ou sensibles. Si vous nous avez fourni votre adresse courriel ou que vous nous avez envoyé un courriel, nous tenons pour acquis que vous acceptez de communiquer avec nous par courrier électronique. Si vous ne voulez pas recevoir de courriels de notre part, veuillez nous en aviser dans les plus brefs délais.

Patient \_\_\_\_\_  Homme  Femme  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Lien avec le participant \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

#### SECTION 2 – COORDINATION DES PRESTATIONS

Pour vous assurer de recevoir les prestations auxquelles vous pourriez être admissible, veuillez répondre aux questions qui suivent. Toute réponse incomplète retardera le traitement de votre demande.

Avez-vous demandé une assurance ou avez-vous reçu une assistance financière ou tout autre type de soutien en lien avec ce médicament :

a. Au titre d'un régime d'assurance collective ou individuelle? .....  Oui  Non

Si « Oui », nom du membre de la famille assuré \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Lien \_\_\_\_\_ Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Numéro de régime \_\_\_\_\_ Numéro de participant \_\_\_\_\_

**Veillez joindre toute documentation afférente à l'acceptation ou au refus de la demande et fournir des précisions quant à cette protection, dont le pourcentage de participation aux frais (coassurance) et les maximums applicables.**

b. Au titre d'un régime provincial? .....  Oui  Non

Si « Oui », nom du programme provincial \_\_\_\_\_

Si « Non », veuillez expliquer pourquoi aucune demande d'adhésion n'a été présentée \_\_\_\_\_

**Veillez préciser et joindre toute documentation afférente à l'acceptation ou au refus de la demande.**

c. Au titre d'un programme d'aide destiné aux patients ou de toute autre source? .....  Oui  Non

Si « Oui », nom du programme ou de l'autre source \_\_\_\_\_

Numéro de participant au programme d'aide destiné aux patients \_\_\_\_\_

Nom de la personne-ressource du programme et son numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Personne-ressource \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

#### SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN

Médecin \_\_\_\_\_ Spécialité \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Médicament demandé visé par la demande \_\_\_\_\_ DIN \_\_\_\_\_ Teneur \_\_\_\_\_

Durée de traitement prévue \_\_\_\_\_ Coût mensuel prévu \_\_\_\_\_ \$

Diagnostic et stade de la maladie \_\_\_\_\_

### SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN (SUITE)

1. Le patient a-t-il une contre-indication ou une intolérance à la warfarine, ou encore le traitement à la warfarine s'est-il avéré non efficace? .....  Oui  Non
2. Le patient a-t-il reçu un diagnostic de :  
 Lupus  Syndrome d'anticoagulation  Syndrome des antiphospholipides  Autre \_\_\_\_\_
3. La patiente est-elle enceinte ou allaite-t-elle et nécessite-t-elle un traitement prophylactique à long terme pour prévenir la maladie thromboembolique veineuse?.....  Oui  Non

Renouvellement d'ordonnance  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir une preuve objective de l'efficacité du médicament \_\_\_\_\_

J'atteste que les renseignements figurant sur le présent formulaire sont vrais, complets et exacts.

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

JJ/MMM/AAAA

### SECTION 4 – AUTORISATION DU PATIENT OU DU TUTEUR LÉGAL

#### Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

J'autorise Co-operators Compagnie d'assurance-vie (a) à utiliser les renseignements personnels figurant sur le présent formulaire et tout autre renseignement personnel en sa possession sur le patient susmentionné dans le but d'étudier la présente demande d'autorisation préalable ou toute demande de règlement connexe et d'administrer le régime d'assurance collective au titre duquel toute telle demande peut être déposée, et (b) à communiquer avec les personnes suivantes pour obtenir ou leur divulguer lesdits renseignements personnels : tout médecin, pharmacien ou tout autre professionnel de la santé ou conseiller en gestion de la santé disposant de renseignements sur la santé dudit patient qui pourraient servir à la présente demande ou à toute demande de règlement connexe.

J'atteste que les renseignements figurant sur le présent formulaire sont vrais, complets et exacts.

Nom du patient ou du tuteur légal \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Signature du patient ou du tuteur légal \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

JJ/MMM/AAAA